

**PONENCIAS****ESTRUCTURAS POLITICO-ADMINISTRATIVAS Y SALUD PUBLICA  
EN ESPAÑA****Pedro Marsed Campos**

Catedrático de Historia de la Medicina. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia

**I. CRISIS EN EL SISTEMA  
SANITARIO**

La situación actual del sistema sanitario en España, colocado en una encrucijada, sólo se puede entender cabalmente si se analiza desde una perspectiva globalizadora que tenga en cuenta además de los componentes propios derivados del interior de dicho sistema, los que en buena parte lo están determinando estructuralmente, provenientes de la evolución del Estado, y del aparato del Estado antes y después de la "crisis fiscal" de 1973 (O'Connor, 1973).

Resulta especialmente insuficiente estudiar la evolución y funcionamiento sanitarios desde claves fundamentalmente "sanitaristas" (como hacen Hollingsworth, Hage y Hanne-man, 1990), y para circunstancia parecidas crítica Milton Roemer (1991), al comparar Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. Nos parece más ilustrador el acercamiento que, a la situación de crisis en dicho país realiza Milton Terris (1992), al resaltar la amenaza que para la salud de la población implican las políticas de recortes presupuestarios.

Hemos visto en las intervenciones anteriores cómo la creación de los sucesivos sistemas sanitarios ha estado ligada, en los países occidentales, a la lucha de clases en los distintos contextos que ha ido adquiriendo el capitalismo a lo largo de los siglos XIX y XX. Con la finalidad de incorporar a mi exposición conceptos extraídos de la constitución de estos sistemas sanitarios resaltaré algunas de las cuestiones relevantes.

La configuración del Estado a partir de la Revolución Industrial plantea la naturaleza y el funcionamiento del aparato de Estado dentro de la confrontación de clases desencadenada. La pretensión de Bentham de un Estado neutral, no beligerante en las grandes polémicas y garante de la igualdad de condiciones a la hora de llevar a cabo el "contrato" social entre ciudadanos va alterándose paulatinamente. Es interesante señalar cómo en la Inglaterra del siglo XIX estas tensiones entre la concepción liberal y la dimensión ética de un Estado que desarrolla las pretensiones de la clase capitalista, lleva ya en 1833 a propuestas favorecedoras, desde el Estado, de las clases humildes como las de Chadwick en 1842 (1965), y desemboca entre otros resultados, en la creación de la General Register Office, en la que desempeñó un papel ciertamente defensor de la intervención del Estado en favor de la salud de los trabajadores, el "liberal" William Farr (Eylar, 1979). Ya en estas primeras estructuras sanitarias estatales se percibe la existencia de los condicionantes de clase que Marx atribuía al Estado y a sus funcionarios en el desarrollo de sus cometidos y en su mentalidad (Pérez Días, 1978). Con la creación en 1883 por Bismarck del primer Seguro Obligatorio de Enfermedad se ponen de manifiesto los dos aspectos del problema, el objetivo del aparato de Estado en su pretensión de neutralizar el ascenso político de la clase trabajadora, y la actuación sociopolítica de la "clase" médica, globalmente identificada con los valores del capitalismo (Spree, 1988). Precisamente esta

creación "política" del Seguro de Enfermedad ocurre en medio de uno de los debates más importantes para la socialdemocracia alemana, en el que se cruzan los argumentos de Engels y los de Kautsky y Bernstein sobre las posibilidades (y el revisionismo) de la vía "parlamentaria" al socialismo (Kellogg, 1991), y la función del aparato de Estado.

Apareciendo globalmente más acertada la interpretación de Marx frente a la de Weber sobre el papel desempeñado por los funcionarios en el aparato del estado (Therborn, 1979), hay que evitar, a mi entender, una versión instrumentalista del aparato de Estado como fiel servidor de los intereses del capital. A partir del estudio de la obra de Gramsci, y de su reflexión sobre el papel del Estado tanto en su funcionamiento como en la configuración de una hegemonía cultural (Buci-Glucksmann, 1976, Díaz-Salazar, 1991), han ido desarrollándose instrumentos conceptuales que permiten mayor finura de análisis. De esta forma Offe (1985) plantea la necesidad de diferenciar la función concreta, no ligada a la obtención genérica de plusvalía, del funcionamiento del aparato de estado, guiado por una racionalidad legitimadora, y Clarke, Esping-Andersen, O'Connor (1985), entre otros, van abriendo camino para una concepción del aparato de Estado como intrínsecamente atravesado y condicionado en su interior por la propia lucha de clases. Incluso, no sin cierta polémica, se propone una "autonomía" relativa del Estado frente a la lucha de clases (Poulantzas, 1972), pretensión rebatida correctamente por Thomson (1980) y Petras (1984).

Los condicionantes sociopolíticos de la creación del Seguro de Enfermedad en Alemania y del Servicio Nacional de Salud en Gran Bretaña, han sido señalados de forma contundente tanto por el propio Sigerist (1984) como por Allsop (1984) y Grimes (1986), y entre nosotros, por Vicente Navarro (1976). De este análisis, me interesa extraer un hecho a menudo no suficientemente destacado. Me refiero al papel determinante, que en el contexto general, políticamente fa-

vorable a la implantación de un esquema de sistema sanitario público, posee el que exista de un grupo de profesionales sanitarios con experiencias anteriores concretas de actuación salubrista y de obtención de conceptos y elaboración de teorías de intervención públicas, lógicas y coherentes (Marsset, 1991). Se podría obtener esta conclusión de una pura reflexión epistemológica sobre las ciencias sociales, puesto que la teoría sigue a la interpretación de la práctica social, pero lo confirma, como era de esperar la propia realidad. De la comparación entre las circunstancias presentes en la Inglaterra de la postguerra, tras la II Guerra Mundial, con las de la Francia en las mismas fechas, en ambos casos con ascenso de la mentalidad de izquierdas, de progreso, en la cultura social, en la organización sindical y en los partidos presentes en el arco parlamentario, se podría esperar la aprobación de similares esquemas de Servicio Nacional de Salud, pero ello sólo ocurrió en el Reino Unido. La clave radica, a mi entender (Marsset, 1991), en la ausencia, en el caso francés, de una alternativa de organización sanitaria expresada profesionalmente, a causa de la inexistencia en este país de una experiencia salubrista cotidiana como la que deparó la llevada a cabo en Inglaterra desde el "sanitary movement" hasta los inspectores sanitarios y los G.P.s, que ya se expresó en la minoría del informe, cuando a comienzos del siglo, Lloyd George implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Tanto desde argumentos profesionales dados por el matrimonio Webb, como desde razonamientos éticos suministrados por los fabianos, se esgrimió frente a la propuesta de Lloyd George la conveniencia de un esquema globalizador que pusiera énfasis en la prevención de la enfermedad, en la promoción de la salud y en la cobertura universal y gratuita (Brand, 1965). En el período de entreguerras aumentó en Gran Bretaña la experiencia y la teorización, por parte de los profesionales sanitarios progresistas ligados al Partido Laborista, y a la izquierda en general, sobre los derroteros que debería adoptar un sistema sanitario omnicompreensivo. El informe Beveridge plasmó esta evolución en unas

coordinadas keynesianas. El último aspecto a reseñar es cómo, tras su aprobación, la concreción del funcionamiento del NHS le confirió clara hegemonía a la mentalidad y práctica curativa especializada frente a las dimensiones salubristas y de atención primaria (Navarro, 1985). Todo ello como resultado de la negociación ulterior que tuvo que llevar a cabo el ministro de Sanidad del gobierno laborista, Aneurin Bevan, con la clase médica.

## II. SALUD Y CRISIS DEL ESTADO DE BIENESTAR

La posterior creación de los Servicios Nacionales de Salud en Europa ha ido de la mano de la consecución de las condiciones económicas, sociales y políticas favorables. Una de las consecuencias de la evolución del Estado de Bienestar ha sido el fortalecimiento, entre otros aspectos, del personal destinado al sector servicios, y en concreto el dependiente de los servicios públicos, dando lugar a la aparición de unos mecanismos de funcionamiento, y una conciencia social diferente de la generada por la clásica división producida en los esquemas habituales del capitalismo entre el proletariado y la clase dominante. Ello ha hecho aparecer una lógica de funcionamiento y producción de "mercancías" destinadas, no a la generación de plusvalía, apreciables por su valor de cambio, sino a la satisfacción de necesidades, valoradas por la utilidad de su uso, y por ello objetivables, analizables ya no en su vertiente estrictamente cuantitativa (monetarista), típica del sistema capitalista, sino por el grado de adecuación y cumplimiento de los objetivos por los que se imparten o prestan. Aunque es cierto que genéricamente se sitúan estas actividades en el ámbito de la producción capitalista, para facilitar la mejor consecución de beneficios a la globalidad del sistema, su lógica interna no obedece a las leyes de intercambio y valoración imperantes. Algo parecido se puede afirmar sobre otro componente del nuevo sector de servicios creado con el Estado de Bienestar, me refiero a la conducta y actitud

de los trabajadores de estos niveles que, superando la clásica función de legitimadores del orden dominante, según los esquemas clásicos del marxismo, van asumiendo papeles protagonistas en la recomposición de la lucha de clases, frente a la profunda modificación de la clase trabajadora tradicional. Por su trabajo concreto, contrastado continuamente con la satisfacción de necesidades de la población, y por sus condiciones de organización, van asumiendo una función integradora de los distintos componentes que en la población aparecen de una u otra forma disgregados por el sistema, enfermos, jubilados, parados, jóvenes, estudiantes, movimientos vecinales, consumidores, etc., y ligándolos a las organizaciones tradicionales sindicales, o políticas coherentes.

En el campo concreto de los servicios sanitarios, a lo largo de estos años de desarrollo del Estado de Bienestar, se ha producido un gran crecimiento de la dimensión curativa, asistencial, frente a la preventiva y promotora de la salud. Ello se ha reflejado en el crecimiento de las redes hospitalarias, en la ideología científica biológico-individualista predominante, en la formación de médicos y su especialización, en los presupuestos destinados a las actividades curativas, ya hospitalarias o medicamentosas, etc. En este caso el crecimiento del personal sanitario no ha dado lugar al desarrollo de actividades de índole progresista, principalmente porque el paradigma curativo lo impedía. Sólo una orientación de la estructura sanitaria en la que el papel preponderante lo desempeñe el paradigma salubrista está en condiciones de imprimir una dinámica racional, de progreso al conjunto del sistema sanitario y al de los sectores implicados, como los servicios sociales, urbanismo, educación, etc., (Esping-Andersen, G. y col., 1985).

Cuando a partir de 1973 se desencadena la "crisis" fiscal de Estado en los principales países del mundo capitalista, una de las repercusiones más llamativas tiene lugar en los sistemas sanitarios (OCDE, 1981) Gonzalo, B.G., 1983. Svensson, P.G., 1981, Navarro,

V. 1988, 1991). Una de las primeras señales de alarma fue la publicación del informe del Dr. Black (1978, 1981) sobre el paradójico resultado del funcionamiento del NHS, que en lugar de disminuir las diferencias entre los distintos estratos sociales estas habían aumentado. Es verdad que este informe fue reanalizado por varios autores, entre ellos Le Grand (1987), Wafstaff (1990), y O'Donnell (1991), apuntando a las insuficiencias metodológicas del mismo. En octubre de 1991, el director regional de la OMS en Europa, en el Congreso de la Sociedad española de Salud Pública, Asvall (1991), ya apuntó algunos de estos problemas causados por la nueva situación socioeconómica, poniendo énfasis en el mantenimiento de los objetivos salubristas como irrenunciables. Son múltiples los trabajos analizando las consecuencias que el recorte presupuestario, llamado eufemísticamente "medidas de contención", introduce en el funcionamiento de los servicios sanitarios. Desde los continuos llamamientos a la razón y solidaridad por parte de Milton Terris en su revista *The Journal of Public Health Policy*, o los editoriales de la *Revista de la Asociación norteamericana de Salud Pública*, a trabajos como los de Evans y col (1991), o el número especial de *Health Affairs* de 1991 dedicado a la reforma de los servicios sanitarios. Precisamente en este número, además de otros artículos de todos conocidos, alguno de ellos sobre España, hay uno debido a Patricia Day y Rudolf Klein (1991) en el que analizan, es verdad que con los resultados preliminares, los primeros efectos de la decisión de hacer recaer en los médicos, y en general en las unidades de uso y gasto sanitario el control sobre la impartición de los servicios sanitarios con presupuestos limitados y bloqueados. Las conclusiones, similares a las que apunta sobre el mismo problema Navarro (1991a), no pueden ser más alarmantes, al eliminar el objetivo salubrista de la conducta de los profesionales y poner en su lugar el objetivo economicista. Lo que era un componente de racionalización y prioridad en salud, que escapaba a los condicionantes de la lógica global del sistema capi-

talista se desvanece frente a los controles dictados por otras consideraciones. Precisamente sobre estas cuestiones de los criterios para la evaluación y control "de calidad" (!!) en la prestación de los servicios sanitarios, sean o no públicos, tratan ya algunos trabajos intentando un enfoque global y, sobre su sentido y objetivos, desmenuzando en porciones aisladas y descontextualizadas (Fox, 1991). Es decir, interpretar esta calidad y funcionamiento del sistema sanitario ubicándolo dentro del sistema social.

### III. SALUD Y POLITICA EN ESPAÑA

Hemos visto en las intervenciones anteriores de este II Encuentro Marcelino Pascua la evolución de las principales características de la salud pública en España, y se ha comprobado cómo, aunque escasa, también fue importante la experiencia adquirida por los sanitarios en su práctica cotidiana interpretando la realidad y proponiendo medidas adecuadas para los grandes problemas presentes en nuestro país. Sin embargo la época más fructífera fue la que deparó la Segunda República al crear las condiciones materiales para que desde el punto de vista del ejercicio de la profesión se consolidasen estas experiencias y se plasmasen en teorizaciones concordes con nuestra realidad (Maset, 1987). De la trayectoria posterior a la guerra civil, la conclusión más importante para nuestro propósito es la constatación de la eliminación de esas condiciones tan costosamente construidas en el período anterior, y la situación de enorme inferioridad que en todos los órdenes tuvo la salud pública. Del discurso teórico de la salud pública franquista se habían eliminado precisamente los contenidos más avanzados sociales y gnoseológicos representados por la obra de Marcelino Pascua y su escuela, retrocediendo a las premisas de comienzos de siglo. Tanto por su ubicación ministerial, el Ministerio de Gobernación o del Interior, como por la penuria de las dotaciones presupuestarias e ineficacia de sus atribuidas competencias, e insuficien-

cia de recursos humanos, la estructura de la sanidad pública española está claramente en inferioridad de condiciones frente a la estructura asistencial cuando se va erigiendo el esquema del Seguro Obligatorio de Enfermedad en los años cincuenta, volcada en la vertiente curativa, fundamentalmente hospitalaria en los años sesenta y setenta. En este proceso de configuración de todo un sistema sanitario llama poderosamente la atención el escaso, casi nulo papel desempeñado por profesionales de la salud pública. Es el momento en el que, por lo expuesto, el protagonismo político, social e ideológico en el campo de la sanidad lo va a llevar el conjunto de médicos hospitalarios, tanto los ya contratados como los en formación. Este fenómeno se agudiza al final del franquismo con las movilizaciones que se realizan en este sector en favor de la democracia y de una estructura sanitaria justa. Del análisis de las contribuciones teóricas más "progresistas" el mundo de la sanidad, como pudo ser el Congreso de la Juventud Médica de 1972 en Valencia, destaca el predominio de las formulaciones (y reivindicaciones) asistenciales. Fueron escasa las intervenciones clamando por una propuesta realizada desde la salud pública.

Cuando se conquista en España la transición democrática (1976-80), al aplicar el esquema utilizado en otros países, nos encontramos con que no poseemos ninguna experiencia sustancialmente profunda que haya podido ser punto de referencia para proponer un esquema teórico ni organizativo alternativo global. A lo máximo que se llega es a proponer casi un hospital cada 10.000 habitantes (pues la única referencia vivida por los médicos que han estado fuera, o difundida como criterio cuantitativo de modernidad y "civilización" es la media atribuida en aquel entonces a la "OMS" (!) de 10 camas hospitalarias cada 1.000 habitantes) (Alvarez, 1975, Maestro, A., 1990).

Es de señalar que en este contexto de dificultad práctica para la maduración teórica en salud pública supuso un hito la creación en 1977-78 del cuerpo de epidemiólogos puesto que permitió al menos la recopilación

y análisis crítico de la globalidad de los indicadores más significativos de la morbilidad y mortalidad españolas, y con ello ir sentando las bases para construir una interpretación global de la situación sanitaria española.

Cuando, con un gobierno socialista se aprueba en 1986 la Ley General de Sanidad por la que se crea el Sistema Nacional de Salud se dan dos circunstancias de gran trascendencia (Marset, 1991a). La primera es la de realizarse en un contexto socioeconómico de estancamiento y recesión, no concurrendo las típicas condiciones presentes en la constitución de los Estados de Bienestar, de crecimiento económico sostenido. Ello supondrá, en ausencia de voluntad política, una financiación a la baja de la reforma sanitaria con todas las frustraciones que ello implica. La segunda circunstancia es también de hondo calado, pues se lleva a cabo la reforma sanitaria en ausencia de experiencia y teoría sobre modelos alternativos de sistemas sanitarios. Ese vacío lo va a ocupar rápidamente una instancia de enorme potencia económica y de orientación asistencial, la red del tradicional Seguro de Enfermedad, el INSALUD. Un ámbito privilegiado para observar ello va a ser el que depara la construcción y puesta en funcionamiento del nivel de atención primaria, los Centros de Salud. Se repite a un nivel, es verdad cuantitativamente superior, la medicina curativa de los anteriores consultorios (Ramos, 1992) del Seguro de Enfermedad. La dimensión salubrista, sanitaria, brilla por su ausencia en la reforma sanitaria. En un contexto de crisis socioeconómica la dimensión asistencial ocupa el liderazgo teórico del panorama sanitario, desde las connotaciones economicistas impuestas por la interpretación neoliberal preponderante. Confirma esta afirmación el Informe Abril Martorell, realizado por el Congreso de los Diputados de mayoría socialista, sobre la situación sanitaria, confeccionado desde presupuestos exclusivamente económicos acordes con las tendencias hegemónicas en el mundo occidental basadas entre otras cosas en los recortes presupuestarios de los gastos sociales. A este informe, que yo sepa, no se le

ha hecho ninguna réplica desde el mundo de los salubristas, ni como Sociedad de Epidemiología, ni como Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Sólo ha obtenido respuesta desde ámbitos sindicales, profesionales progresistas, y políticos de izquierda (Navarro, 1991 a).

¿Por qué en este momento está situada la salud pública española en una encrucijada? La lógica científica que depara el ejercicio de la salud pública lleva a cuestionar en última instancia la estructura socioeconómica global desencadenante de los distintos perfiles epidemiológicos. Esta práctica y teorización salubrista requiere que la estructura sanitaria desde las que se ejercen pueda estar de alguna forma resguardada de las excesivas influencias instrumentalizadoras de las instancias de poder, sea este económico o político. La ausencia de un espacio mínimamente eficaz de ejercicio de esta práctica sitúa las condiciones de la crisis de la salud pública española. Es de todas conocida la insuficiencia de la estructura epidemiológica estatal y la imposibilidad de dar respuesta adecuada a las causas más importantes de morbilidad y mortalidad socialmente preocupantes (siniestralidad laboral, siniestralidad de tráfico, drogodependencias, enfermedades degenerativas, etc.).

De forma imprevista el desarrollo del estado de las Autonomías, la construcción de los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas está creando las condiciones para tener una estructura donde poder recoger e interpretar científicamente el estado de salud de la población. Sin embargo este proceso autonómico posee elementos contradictorios. Por una parte la dependencia de una parte importante de los profesionales de estas estructuras puede explicar la escasa disponibilidad para mostrar los efectos adversos de la situación social en el ámbito de la salud. Así cuando se demuestra en una comarca industrial la relación entre el aumento persistente de la contaminación ambiental y la tasa de cáncer (Marion, 1991), el estudio hecho tras las protestas sociales

concluye en que no se puede garantizar "científicamente" la relación causal entre ambos fenómenos (Termo, 1991). O cuando se intenta justificar que no está aumentando la tuberculosis y la pobreza en la población española (Martínez Navarro, 1990).

Otro aspecto contradictorio es la privación a los municipios de las competencias previas que poseían en materia de salud y asistencia sanitarias. Frente a ello se va erigiendo un centralismo burocrático en el nivel autonómico, repitiendo el modelo centralista estatal preexistente. De esta forma no se ofrece una estructura político-administrativa que permita convertir al Área Sanitaria en el ámbito idóneo para el análisis epidemiológico y para la elaboración de las propuestas sobre las circunstancias de salud presentes en la población. Tampoco se articula la posibilidad para que en el ámbito privilegiado en la ejecución y prevención de enfermedad, el primario, el de los Centros de Salud, estas se puedan llevar a cabo con la colaboración decisoria de la comunidad, con su plena participación.

Precisamente en un estudio dirigido por mí comparando el uso y actitudes de profesionales de la salud y líderes comunitarios de dos áreas de salud, una de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha, y la otra en la del País Valenciano, demostramos como el actual sistema de EDO no es contemplado por los profesionales como adecuado a las circunstancias sanitarias más preocupantes y graves para la salud de la población, mientras que los dirigentes de la colectividad ni siquiera saben para qué sirve, aunque valoran altamente el que hubiese un mecanismo público participativo que fuese capaz de disminuir las dolencias más importantes, las enfermedades degenerativas invalidantes, los accedentes de tráfico y laborales, las drogadicciones, etc. (Ruiz, 1994). En otro estudio también dirigido por mí sobre la actividad de la colectividad en colaboración con los miembros de los Equipos de Atención Primaria (EAP), a diferencia de la sistemática usada por Rigkin en Suecia (V Riflain, 1986) en la que los EAP determinan con el Diagnóstico de Sa-

lud cuáles son las prioridades y se solicita y promueve la participación de la población en la erradicación de los principales riesgos, nosotros hemos demostrado cómo la participación de la población es posible y necesaria incluso para la elaboración del Diagnóstico de Salud y establecimiento de los problemas más importantes para la salud, y por ello la determinación de las prioridades (Sánchez, 1992).

Precisamente estas experiencias prueban que frente a las tentaciones presentes en darle una orientación legitimadora del orden existente, a través del aparato del Estado, o incluso de convencer sobre la inevitabilidad de los recortes en los gastos sanitarios e imposibilidad de modificar las principales causas sociales de enfermedad, los trabajadores de la estructura sanitaria, los salubristas pueden desempeñar un papel de gran trascendencia en la consecución de una mejor salud.

## BIBLIOGRAFIA

- O'Connor J. The fiscal crisis of the state. Nueva York, St. Martin's Press, 1973
- Hollingsworth JR, Hage J, Hanneman RA. State intervention in medical care. Consequences for Britain, France, Sweden and the United States, 1890-1970. Ithaca: Cornell Univ. Press, 1990
- Roemer MI. Prudence in international comparison: insights for the United States from the Canadian Health Insurance experience. *Int J Health Service* 1991; 21: 681-684.
- Terris M. Budget Cutting and Privatization: the threat to health. *J Public Health Policy* 1992; 13: 27-41.
- Chadwick E. The sanitary condition of the labouring population of Gt. Britain. Edimburgo, University Press, 1965
- Eyler JM. Victorian social medicine. The ideas and methods of William Farr. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979
- Pérez Díaz V. Estado, burocracia y sociedad civil. Discusión crítica, desarrollos y alternativas a la teoría de Karl Marx. Madrid: Alfaguara, 1979
- Spreer R. Health and social class in imperial Germany. Oxford: Berg, 1988
- Kellogg P. Engels and the Roots of "revisionism": a re-evaluation. *Science and Society* 1991; 55 158-174.
- Therborn G. ¿Cómo domina la clase dominante? Aparatos de Estado y poder estatal en el feudalismo, el socialismo y el capitalismo. Madrid: Siglo XXI, 1979
- Buci-Glucksmann Ch.; Badaloni, N. Gramsci: el Estado y la revolución. Barcelona: Anagrama, 1976
- Díaz-Salazar R.. El proyecto de Gramsci. Madrid: Anthropos, 1991
- Offe C.; Clarke, S; Esping-Andersen, G; Friedland, R; Wright, EO; O'Connor, J; Gold, DA.; Lo, C. Capitalismo y Estado. Madrid: Ed. Revolución, 1985
- Poulantzas N. Poder político y clases sociales en el estado capitalista. Madrid: Siglo XXI, 1972
- Thompson EP. The poverty of theory. Londres: Merlin Press, 1980
- Petrus J. Capitalismo, socialismo y crisis mundial. Madrid: Ed. Revolución. 1984
- Sigerist HE. De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social en Lesky, E. Medicina Social. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1984
- Allsop J. Health policy and the National Health Service. Nueva York: Longman, 1984
- Grimes SS. The British National health Service: State intervention and the medical marketplace, 1911-1948. Michigan: U.M.I, 1990
- Marsot P. Políticas neoliberales en salud, en La Ofensiva Neoliberal y la Sanidad Pública. Madrid: FIM, 1991
- Brand JL. Doctors and the State. The british medical profession and Government Action in Public Health, 1870-1912. Baltimore: The Johns Hopkins Press: 1965
- Navarro V. Salud y lucha de clases. México: Horizonte, 1985
- OCDE. El Estado protector en crisis. Madrid: Ministerio de Trabajo, 1981

- Gonzalo González B, Ferrera Alonso F, Tejerina Alonso, JI. Evolución y tendencias de la Seguridad Social durante la crisis. Madrid: Ministerio de Trabajo, 1985
- Svensson PG. National Health Care Systems in Non-Growth Economies. *Scandinavian J Social Med* 1981; Suppl. 28.
- Navarro V. El Estado de Bienestar y sus efectos distributivos: parte del problema o parte de la solución. *Gac Sanit* 1988; 8: 53-79.
- Navarro V. Producción y Estado de Bienestar. El contexto político de las reformas. *Sistema* 1991; 102: 31-67.
- Black D y Thomas GP. *Providing Health Services*. Londres: Croom Helm, 1978
- Black D. Report of a research working group on inequalities in Health. Londres: DHSS, 1981
- Le Grand J. Inequalities in health: some international comparisons. *European Economic Review* 1987; 31: 182-191.
- Wagstaff A, Doorslaer EV, Paci, P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Rev of Economics* 1990; 5: 89-112.
- O'Donnell O, Propper C. Equity and the distribution of UK National Health Services resources. *Journal of Health Economics* 1991; 10: 1-19.
- Asvall JE. Moving Europe towards a better future in health teh WHO viewpoint. Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Valencia, diciembre de 1991 SESPAS 1991 (Mimeografiado).
- Evans RG, Barer ML, Hertzman, C. The 20 year experiment: accounting for, explaining, and evaluating health care containment in Canada and the United States. *Annu Rev Publ Health* 1991; 12: 481-518.
- Day P, Klein R. Britain's Health Care experiment. *Health Affairs* 1991; 10: 39-59.
- Navarro V. The relevance of the U.S. experience to the reforms in the British Nacional health Service: the case of the General Practitioner fund holding. *International Journal of Health Services* 1991; 21: 381-387.
- Fox NJ. Postmodernism, rationality and the evaluation of health care. The sociological review 1991; 38: 709-744.
- Marset P. Legislación sanitaria en Rafael Huertas *Perspectivas Psiquiátricas (Homenaje a Lafora)*. Madrid: CSIC, 1987: 63-74.
- Alvarez T y col. *Cambio social y crisis sanitaria*. Madrid: Ayuso, 1975
- Maestro A. Situación actual y perspectivas del sistema sanitario público en España. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 1990
- Marset P. La política sanitaria y los profesionales, en *La Sanidad Española a debate*. Madrid: FADSP, 1991.
- Ramos E, Sánchez, A, Marset P. Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la atención primaria de salud (I). Problemas históricos y conceptuales. y (II) Alternativas críticas y emancipatorias. *Atenc Prim* 1992; 9: 334-336 y 398-400.